



00042
HH_NAME (LTC_SPANISH)
ADDRESS LINE1
ADDRESS LINE2
CITY ST



12 de febrero de 2014

Nº de Caso: 044044010022Y

Estimado HH_NAME (LTC_SPANISH),

¡Es el momento de renovar su cobertura médica!

Éste es el momento para la renovación, también conocida como “redeterminación” o “re-de”.

Esto es lo que tiene que hacer:

1. Responda a todas las preguntas de este formulario.
2. Asegúrese de que toda la información sea la correcta. Si alguna información está mal, por favor táchela y escriba la información correcta.
3. Firme este formulario al final de la **página 4**. Si alguien le ayuda con el formulario, pídale que firme también.
4. Anexe documentos de prueba de ingresos y gastos y otras pruebas que le pidamos.
5. Envíe su formulario firmado y todas las pruebas a más tardar el **25 de febrero de 2014**.

Envíe su formulario y sus pruebas a nuestras oficinas en alguna de estas maneras:

- **Fax** su formulario y sus pruebas al 1-866-661-7025
- **Correo** su formulario y sus pruebas en el sobre que le enviamos
- **Correo electrónico** su formulario y sus pruebas a www.medredes.hfs.illinois.gov

¿Alguna pregunta? Llame al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458).
¡La llamada es gratis! Llame de lunes a viernes de 7 a.m. a 7:30 p.m.
y los sábados, de 8 a.m. to 1 p.m. Envíenos mensajes electrónicos a
www.medredes.hfs.illinois.gov o envíe un fax al 1-866-661-7025. We have
information in English. Free interpretation services! Call 1-855-458-4945.

Por favor dé vuelta a la página ►►►



01-05-2-01

Sus beneficios médicos podrían terminar si usted no envía sus comprobantes antes del 25 de febrero de 2014.

Llámenos al 1-855-458-4945 (TTY: 1-855-694-5458) si usted no puede enviar a tiempo todo lo que pedimos o si tiene alguna pregunta. Podríamos ayudarle a obtener las pruebas que necesite.

Muchas gracias.

Redeterminación de Medicaid de Illinois



Formulario de renovación de cuidado a largo plazo



9040102

Nº de Caso: 044044010022Y

Si tiene preguntas:

Llámenos al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458). ¡La llamada es gratuita! Puede llamar de lunes a viernes de 7 a.m. to 7:30 p.m. y los sábados, de 8 a.m. a 1 p.m.
 We have information in English. Free interpretation services! Call 1-855-458-4945.

Sección A: Ingresos

	Marque su Respuesta		Cantidad / Mes
	Sí	No	Cantidad
1. ¿Recibe usted algún dinero de los siguientes orígenes?			
a. Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Ingresos del Seguro Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Beneficios para Veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Retiro del Ferrocarril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. Ingresos de Propiedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g. Beneficios de Pulmón Negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h. Contribuciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i. Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ¿Le pagan por trabajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Si contestó sí, complete la siguiente información:

Nombre del Empleador (Si tiene negocio propio o trabaja por su cuenta escriba su nombre) _____

Dirección: _____

¿Con qué frecuencia le pagan?: _____



Sección B: Bienes

Marque su Respuesta **Valor**

- | | Si | No | Valor |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1. ¿Tiene usted algunos de los siguientes bienes? | | | _____ |
| a. Dinero en efectivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b. Cuenta de Ahorros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| c. Cuenta de Cheques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| d. Cuenta para Residentes en Asilo o Centro de Cuidado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| e. Fondos para Entierro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| f. Fondos Mutuales, Acciones, Bonos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| g. Certificados de Depósitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| h. Anualidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| i. Fondos Fiduciarios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| j. Cuenta IRA o Keough | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| k. Derechos de Petroleo, Carbón, Gas o Minerales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| l. Dinero que prestó con promesa de pago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| m. Herencias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| n. Ingresos de negocios o de granjas o fincas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| o. Otro: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 2. ¿Es usted dueño de casa o paga hipoteca de casa o casa móvil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Si contestó Sí: | | | |
| a. ¿Es esta propiedad su hogar o tiene intención de regresar a esta propiedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. ¿Viven en la propiedad su esposo(a), hijo menor, hijo discapacitado, hijo adulto que proveyó cuidados y vivió en el hogar 2 años, o su hermano(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. ¿Está la propiedad vacía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. ¿Tiene ingresos la propiedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e. ¿Está en venta la propiedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Es usted dueño, o paga por otros terrenos o edificios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Si contestó que Sí: | | | |
| a. ¿Está en venta la propiedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. ¿Tiene ingresos la propiedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Tiene usted seguro de vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Nombre de la Compañía _____

Número de Póliza: _____ Valor nominal de la póliza de seguros \$ _____

Nombre de la Compañía _____

Número de Póliza: _____ Valor nominal de la póliza de seguros \$ _____

- | | Si | No | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 5. ¿Tiene usted seguro de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Cubre este seguro cuidados a largo plazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Nombre de la Compañía _____ | | | Número de Póliza: _____ |
| Cantidad de Prima \$ _____ | | | Frecuencia de pagos _____ |

Sección B: Bienes (Continuación)

Si No

- 6. ¿Tiene usted otro seguro de salud?
- ¿Cubre cuidados a largo plazo?

Nombre de la Compañía _____ Número de Póliza: _____
 Cantidad de Prima \$ _____ Frecuencia de pagos _____

Sección C: Transferencia de Bienes

Durante el año anterior, usted:

- ¿Consultó con un asesor de finanzas, planificador o abogado? Si No
- ¿Vendió o regaló algunos bienes tales como dinero, vivienda, terreno, seguros, acciones, certificados de depósito, etc.? Si No
- ¿Cancelaron alguna cuenta de ahorros, cheques u otras cuentas? Si No
- ¿Cambiaron la manera en que se manejan sus bienes? Incluyendo, pero no limitado a, añadir un nombre al título de la vivienda o propiedad o crearon un fondo fiduciario? Si No

Si contestó Sí a cualquiera de las preguntas indicadas arriba, escriba la siguiente información sobre cada transferencia:

Persona que ha transferido los bienes: _____

Descripción de los bienes: _____

Fecha de transferencia: _____ Valor: _____ Cantidad Recibida: _____

Acción tomada (marque solamente uno):

Bienes vendidos Bienes Donados Cambio de Dueño

Si ha cambiado de dueño, describa el cambio y la manera que se manejan los bienes:

Razón para la transferencia: _____

Persona que ha transferido los bienes: _____

Descripción de los bienes: _____

Fecha de transferencia: _____ Valor: _____ Cantidad Recibida: _____

Acción tomada (marque solamente uno):

Bienes vendidos Bienes Donados Cambio de Dueño

Si ha cambiado de dueño, describa el cambio y la manera que se manejan los bienes:

Razón para la transferencia: _____

Si se hicieron transferencias adicionales, por favor añada una página adicional.



Información Para Inscribirse Para Votar

Si desea inscribirse para votar, complete la **Solicitud Para Inscribirse Para Votar SBE (R-19)** que se incluye y devuélvala a su **Centro de Recursos Para Familias y Comunidad (FCRC)** del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)** o a su oficial de elecciones. Si necesita ayuda o servicios de traducción, comuníquese con su **DHS FCRC**.

También puede llamar sin cargos a la **Línea de Ayuda al 1-800-843-6154**, o **1-800-447-6404 (for TTY)**.

Para información por Internet vea,



o



www.dhs.state.il.us

www.elections.il.gov/

Nota: Inscribirse o no para votar no afectará la cantidad de beneficios que usted reciba de esta agencia.

Distribución: Original para el cliente
Copia para el esposo(a) en la comunidad, si aplica
Copia para el representante, si aplica
Expediente / Archivo



APLICACIÓN PARA REGISTRO DE VOTANTES DE ILLINOIS

Sugerida en Agosto del 2008

SOLAMENTE PARA RESIDENTES DE ILLINOIS

PARA COMPLETAR ESTA FORMA:

SBE R-19

PARA VOTAR, USTED DEBERÁ:

- Ser un ciudadano de los Estados Unidos
- Tener por lo menos 18 años de edad
- Vivir en su distrito electoral por lo menos 30 días
- No estar preso a raíz de una convicción penal
- No reclamar el derecho de votar en ningún otro lugar

- Caja 1-Si no tiene un Segundo nombre, déjelo en blanco.
- Caja 3-Si su dirección postal es igual que la de la caja 2, escriba "misma".
- Caja 4-Si nunca se ha registrado antes, déjela en blanco. Si no recuerda su dirección anterior, proporcione tanta información como le sea posible.
- Caja 5-Si su nombre no ha cambiado, déjela en blanco.
- Caja 9-Si tiene una licencia de conducir de Illinois, marque la caja y escriba el número. Si no tiene una licencia de conducir, marque la caja apropiada y escriba ya sean los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o el Número de su Identificación de la Secretaría del Estado. Si no tiene un Numero de Seguro Social ,marque la tercera caja y mande una copia de la documentación apropiada (como esta detallada en la sección "Información Importante")
- 10-Lea, escriba la fecha y firme personalmente su nombre o haga su marca en la caja.

PARA VOTAR EN LA SIGUIENTE ELECCIÓN:

- Envíe por correo o entregue esta aplicación a la Secretaría de su condado o los Comisionados de la Junta de Elecciones 28 días antes de la próxima elección. Haga clic aquí para los listados o revise www.elections.il.gov

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

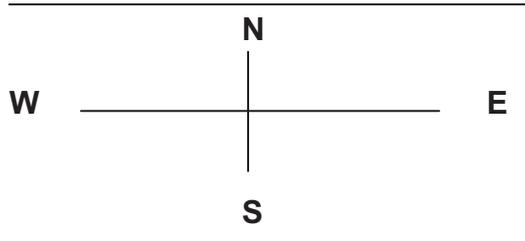
Si usted no tiene Licencia de Conducir, o una Identificación del Sec. del Estado o un número de seguro social, y enviara este formulario por correo, y nunca se ha registrado para votar en la jurisdicción en que ahora se está registrando, entonces usted deberá presentar con este formulario cualquiera de los siguientes documentos (i) una copia de identificación válida y vigente con fotografía, o (ii) una copia de un recibo de servicios públicos actual, estado de cuenta bancario, una cheque del gobierno, cheque de nomina u otro documento gubernamental que muestre el nombre y dirección del votante. Si no puede proporcionar la información anteriormente requerida, entonces se le requerirá proveerles a los oficiales electorales con cualquiera de las opciones (i) o (ii) que son las anteriores la primera vez que usted vote en el lugar de votación o cuando vote usando una boleta ausente.

Si ha cambiado de nombre, deberá registrarse nuevamente.

- Si se registra en una agencia de servicio público, cualquier información referente a la agencia que le asistió se mantendrá confidencial, así como cualquier decisión de no registrarse.
- Si no recibe una notificación 2 semanas después de enviar por correo o entregar esta aplicación, llame a la Secretaría de su Condado o a los Comisionados de la Junta de Elecciones.

SI NO TIENE UNA DIRECCIÓN,

descr ba su casa a continuación: escr ba el nombre de la subdivisión; las calles que cruzan; caminos; puntos de referencia; millaje y/o nombres de los vecinos.



Si tiene dudas acerca de cómo completar esta forma, por favor llame a la Junta de Elecciones del Estado al (217)782-4141, (312)814-6440 (o webmaster@elections.il.gov).

ESCRIBA CLARAMENTE CON TINTA NEGRA O AZUL

¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos de América? (marque una) sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Tendrá 18 años de edad el día de la elección o antes? (marque una) sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Si marcó "no" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, entonces no complete esta forma.				Para Uso Oficial				
Usted puede utilizar esta forma para (Marque uno) <input type="checkbox"/> aplicar para registrarse como votante en Illinois <input type="checkbox"/> Cambiar su dirección <input type="checkbox"/> Cambiar su nombre								
1. Apellido		Nombre		Segundo Nombre o Inicial		Sufijo (Marque uno) Jr. Sr. II III IV		
2. Dirección donde vive (No. de Casa, Nombre de la Calle, No. de Apto.)			Ciudad/Aldea/Pueblo		Código Postal		Condado Municipio	
3. Dirección Postal (Apartado Postal)			Ciudad/Aldea/Pueblo		Código Postal			
4. Dirección de Registro Anterior: (incluya Ciudad, Estado y Código Postal)			Condado Anterior		5. Nombre anterior: (si cambió)			
6. Fecha de Nacimiento: MM/DD/AA		8. Teléfono en casa incluyendo el código de área (opcional)		9. No. de Identificación – marque la casilla que aplique y proporcione el número apropiado <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir de IL, o si no, Identificación de la Sec. Del Estado o <input type="checkbox"/> Últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social <input type="checkbox"/> No tengo ningún número de identificación mencionados anteriormente.				
7. Sexo (Marque uno) M F		() -						

10. Declaración Jurada del Votante – Lea las declaraciones siguientes y firme dentro de la caja a la derecha.

Juro o Afirmo que:

- Soy un ciudadano de los Estado Unidos;
- Tendré por lo menos 18 años antes de o el día de la próxima elección;
- Habré vivido en el Estado de Illinois y en mi distrito electoral por lo menos 30 días antes de la fecha de la próxima elección;
- La información que he proporcionado es verdadera hasta donde tengo conocimiento, bajo pena de perjurio. Si he proporcionado información falsa, entonces podría ser multado, encarcelado, o si no soy un ciudadano de los Estados Unidos, deportado, o se me puede negar la entrada a los Estados Unidos.

Esta es mi firma o marca en el espacio siguiente.

Fecha de hoy: _____ / _____ / _____

11. Si no puede firmar su nombre, pídale a la persona que le ayudó a llenar esta forma que escriba su nombre, dirección y número telefónico.
 Nombre de la persona que le ayudó Dirección Completa No. Telefónico



